

«Si tous ceux qui sont impliqués  
dans la promotion et le maintien  
de l'allaitement maternel  
atteignent leurs objectifs, c'est la  
vie d'un million d'enfants chaque  
année que nous sauverons d'ici  
la fin de l'actuelle décennie.»  
—James Grant, directeur  
exécutif de l'UNICEF



# LE MEILLEUR DÉPART

par JACQUES DUPONT

**S**elon Luciana Castellina, citée dans un rapport présenté au Comité pour le développement et la coopération du Parlement européen : «L'allaitement au biberon est responsable de la mort de 10 millions d'enfants par an.» Pourquoi de tels ravages ? C'est avant tout une question de gros sous et de conditions de vie. L'allaitement au biberon se traduit par une multiplication des taux de morbidité et de mortalité infantiles. Une série d'études effectuées pour le compte de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et dont les résultats sont connus depuis 1973 indique que dans l'ensemble de l'Amérique latine, on compte de deux à trois fois plus de morts en moyenne chez les bébés de moins de cinq ans nourris au biberon.

Pourquoi le recours généralisé au lait maternisé dans les pays du Tiers-Monde constitue-t-il à ce point une menace ? Le lait maternel, lui, est riche en protéines, hydrates de carbone, graisses, acides, hormones, minéraux et vitamines et comporte des qualités immunologiques importantes, particulièrement au cours des premiers jours de vie alors que le nouveau-né est exposé à des risques d'infection multiples. Les substituts du lait maternel par contre sont des produits inférieurs aux plans nutritif et préventif. De plus, les conditions sanitaires minimales requises pour l'usage des biberons ne sont que très rarement possibles au Tiers-Monde (stérilisation des bouteilles, accès à une source d'eau potable et ration suffisante). Car souvent, étant donné son coût — 35 p. 100 du salaire d'une servante au Botswana nourrit un enfant de huit mois — les proportions sont réduites, le produit est dilué avec de l'eau contaminée d'où malnutrition et faiblesse du bébé. Tous ces facteurs engendrent une augmentation en flèche de l'incidence de la gastro-entérite et des infections respiratoires qui font se multiplier le taux de mortalité infantile.

Une étude commandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et dont un compte rendu a été publié en 1981, *Contemporary patterns of breastfeeding*, affirme dans sa partie introduction : «L'allaitement maternel fait partie du cycle de la reproduction au même titre que la grossesse.» L'allaitement maternel permet un certain pro-

longement de la vie intra-utérine, où la mère nourrissait le fœtus grâce au placenta. Il ne s'agit pas uniquement d'une transition au plan de l'alimentation mais d'un choix de la part de la mère qui comporte une dimension également affective et sensorielle. Le bébé reconnaît l'odeur du lait de sa mère qui, dès les premières secondes de contact avec son enfant vit un lien d'une rare intensité que l'allaitement accentue et prolonge.

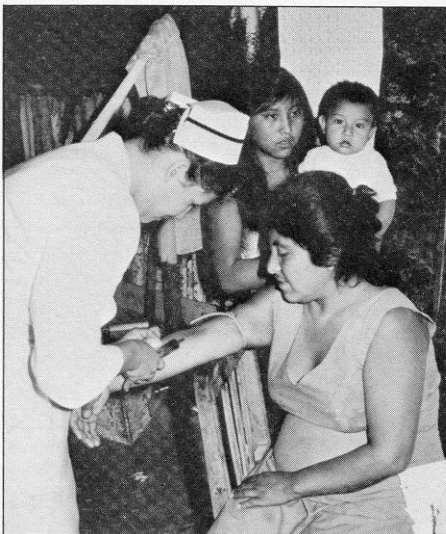
Le lait maternel peut très adéquatement répondre à tous les besoins alimentaires d'un enfant jusque vers l'âge de quatre à six mois, sans aucun supplément, liquide ou solide. Et bien que certains facteurs de santé et autres puissent influencer négativement l'allaitement maternel, il a été démontré que des déficiences nutritionnelles importantes n'ont pas empêché des femmes de produire un lait à peine inférieur à celui de mères bien nourries. Il faut, bien sûr, continuer d'assurer aux femmes enceintes et aux mères, une alimentation saine, équilibrée et abondante.

On note également dans ce rapport que si l'allaitement constitue encore à ce jour une pratique courante dans de nombreux pays, la durée de l'allaitement seul diminue et varie énormément ; de moins de deux mois au Costa Rica à 30 mois au Bangladesh. Au début du siècle, on suggérait aux mères

de faire absorber à leur enfant des aliments en purée et puis solides vers l'âge d'un an environ. Maintenant, c'est à deux mois qu'on voudrait commencer à nourrir ainsi les bébés. Parmi les populations rurales pauvres du Guatemala et des Philippines, deux tiers des femmes qui allaitent ont sevré leur enfant à six mois. La raison la plus souvent invoquée : pas assez ou même, plus du tout de lait ; ce qui, au plan strictement physiologique est faux dans la plupart des cas. Les raisons véritables amenant une interruption de l'allaitement sont nombreuses et parfois interreliées : on préfère se fier aux substituts qu'on distribue d'abord gratuitement et dont on fait la promotion à grande échelle, la femme doit travailler et dans un milieu peu propice ou hostile aux pauses-allaitement, etc...

La baisse importante des taux de natalité dans les pays développés ayant amené une baisse substantielle de leurs revenus, les quatre grands de l'industrie des aliments pour nourrissons, Nestlé, Wyatt, Mead Johnson et Ross Abbott, armés de campagnes publicitaires et de techniques de pénétration des marchés fort bien articulées tentent de s'approprier une part de cette mine d'or démographique qu'est le Tiers-Monde. L'Assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté en 1981, à 118 contre un, le seul opposant étant les É.-U., un Code de mise en marché des substituts du lait maternel qui, lorsque incorporé dans les lois des pays, limite les offensives publicitaires et les tactiques de vente de ces produits. Les compagnies allèguent que le Code menace la souveraineté nationale des pays et continuent, là où ils le peuvent, à envahir les marchés du Tiers-Monde. En Inde, où on retrouve le plus haut taux d'allaitement maternel seul à six mois, le chiffre des ventes est de 51 millions de dollars (É.-U.). En Éthiopie, on compte 23 marques différentes de lait maternisé. Et comme pour tout produit, plus on en retrouve sur les tablettes, plus on est susceptible d'en vendre.

En 1922 aux É.-U., on évaluait à 90 p. 100 le nombre de bébés nourris au sein. Cette proportion n'a cessé de diminuer jusqu'en 1974 pour atteindre 15 p. 100. Au Canada, en 1969, 25 p. 100 des mères allaitaient leur enfant. Selon



Au Mexique, des chercheurs tentent de déterminer les niveaux d'hormones agissant sur l'allaitement et l'aménorrhée.



le Dr Anthony Myres de l'Unité des questions liées à l'enfance et à la famille du ministère canadien de la Santé nationale et du Bien-être social, cette proportion est aujourd'hui de 70 p. 100 à Toronto et Montréal et de 77 p. 100 pour la province de la Saskatchewan, grâce essentiellement aux campagnes de promotion et d'incitation à l'allaitement maternel. Cependant, ces chiffres sont quelque peu trompeurs. Car selon Mme Ginette Chartier du mouvement La Leche à Montréal, la pratique de l'allaitement maternel tombe de manière fort décevante dès que les mères quittent l'hôpital. «Si le taux d'allaitement au sein peut atteindre 70 p. 100 en milieu hospitalier, il tombe à 40 p. 100 dès le premier mois et fond jusqu'à moins de un pour cent à six mois selon une étude du Centre de croissance de l'Université de Montréal. Que voulez-vous, dit-elle, les femmes repartent avec le bébé d'un bras et les échantillons de lait maternisé de l'autre.» Le Dr Elizabeth Rousseau de l'Hôpital pour enfants Ste-Justine confirme ces données et attribue cette désaffection au manque de programmes d'appui à la poursuite de l'allaitement à la maison. Compte tenu des conditions sanitaires prévalant dans beaucoup de pays du Tiers-Monde, il serait néfaste que les populations les plus démunies adoptent un tel mouvement à la baisse de la pratique de l'allaitement, lequel semble en voie de se résorber, surtout parmi les classes moyennes et scolarisées des pays industrialisés.

Il faudrait que les gouvernements des pays en développement adoptent des lois protégeant les mères qui voient dans cet étalage de produits nombreux, autant d'occasions de donner à leur enfant, un "meilleur" aliment que le leur, et interdire la distribution d'échantillons. On retrouve actuellement des bureaux de vente de produits alimentaires pour bébés dans plus de 50 pays et des usines de fabrication implantées dans de nombreux pays en développement; de quoi impressionner plus d'un gouvernement.

Un certain nombre de gouvernements de pays en développement ont cependant déjà adopté des plans nationaux d'éducation des futures mères et d'établissement de services d'assistance aux mères qui allaitent. D'autres limitent l'entrée des substituts commerciaux du lait maternel et exigent qu'on se présente avec une ordonnance médicale pour l'achat de biberons et de tétines. En Algérie, on a procédé à la nationalisation de l'industrie de l'importation du lait en poudre et ainsi éliminé les guerres de compagnies. D'autres efforts d'éducation et de réglementation se poursuivent. Exemple parmi tant d'autres : ce chef de l'unité de soins pédiatriques d'un hôpital aux Philippines qui a réaménagé son service en fonction des besoins des nourrices. Au bout de deux ans, l'allaitement maternel avait progressé de 85 p. 100 et la mortalité infantile, diminué de 40 p. 100.

## ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION

Mais l'allaitement maternel n'est pas uniquement une question d'alimentation. Une mère qui allaite son bébé contribue à espacer les naissances naturellement. Sans être une méthode anticonceptionnelle fiable, l'allaitement maternel tend à repousser considérablement le retour de la fécondité.

### DES PESTICIDES DANS LE LAIT MATERNEL

Des membres du Centre de recherches en nutrition de l'Université Laval au Québec (Canada) viennent de publier un article dans le magazine *Food and Cosmetic toxicology* (volume 19, 1981) dans lequel ils révèlent avoir trouvé des traces de pesticides dans le lait maternel de mères de la région de Québec. Quatre composés ont été analysés : les BPC (biphényle polychlorurés ou PBC en anglais) et trois résidus d'insecticides organochlorés dont le DDT. Les chercheurs ont analysé 154 échantillons. Les BPC étaient présents dans 99 p. 100 des échantillons et dans 93 p. 100, en quantités supérieures aux normes gouvernementales américaines. Les radicaux organochlorés provenant d'insecticides se trouvaient dans 95 p. 100 des échantillons et les résidus de DDT dans 99 p. 100.

Les BPC et les insecticides organochlorés ont en commun la caractéristique d'être non biodégradables et ont de grandes sympathies pour les graisses, s'accumulant dans les tissus gras des animaux et des humains. Cependant, aucune recherche n'a pu établir la toxicité de ces produits pour le nouveau-né. On fait remarquer que le lait maternel est tout de même l'aliment qui convient le mieux aux nourrissons. Mais il faudrait que les gouvernements et les chercheurs étudient davantage la présence de ces polluants dans le lait maternel, particulièrement dans les régions rurales des pays en développement où, comme en témoigne un article publié dans *Explore*, volume 10 n° 3, *Ces poisons que nous exportons*, les pesticides continuent d'être utilisés à très grande échelle, particulièrement pour les récoltes destinées à l'exportation. Bien que dans de nombreux pays en développement, les petits paysans n'aient pas accès à des pesticides, les composés se retrouvent dans l'air et dans l'eau ainsi que dans la nourriture et le tabac vendus dans les marchés.

Source : le magazine Québec Science du mois de mars 1982.

La succion des mamelons par le bébé stimule la production d'hormones, lesquelles retardent l'ovulation. Mais la durée de l'aménorrhée post-partum ou l'absence d'ovulation varie considérablement d'une population à une autre et on ne sait trop pourquoi d'ailleurs. Cette incertitude peut contribuer à l'abandon de l'allaitement maternel. Dans les pays industrialisés, l'aménorrhée post-partum dure en moyenne de deux à six mois (aussi peu que de 10 à 12 semaines en Grande-Bretagne selon une étude). Dans la région du Yucatan au Mexique, on note une durée moyenne de 10 mois dans les régions urbaines et d'une à deux années dans les régions rurales. Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) permet actuellement à un groupe de chercheurs de cette région du Mexique d'étudier les rapports entre la durée de l'aménorrhée post-partum et les pratiques de l'allaitement maternel. Le Centre subventionne également un autre projet partageant sensiblement les mêmes objectifs en Égypte (voir article par Rowan Shirkie en page 17).

D'autres efforts de recherche visent à déterminer l'efficacité et la viabilité de méthodes contraceptives utilisables durant l'allaitement. Au Chili, dans la perspective de trouver des solutions de rechange aux pilules anticonceptionnelles contenant des oestrogènes et jugées nuisibles pour l'enfant et la capacité d'allaitement de la mère, le Centre national de la famille à Santiago étudie présentement le rendement d'implants de progestérone naturelle et de nouvelles pilules combinées à faible dose. Au cours d'une première phase, aucune grossesse n'est survenue entre le 2<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois après l'accouchement chez un groupe de 87 femmes ayant reçu un pellet de progestérone naturelle; ni aucune diminution de la qualité ou de la quantité de lait, ni aucun effet secondaire chez l'enfant ou la mère furent notés. Il semblerait donc que l'insertion d'implants de progestérone naturelle et l'allaitement maternel forment une combinaison assurant une protection anticonceptionnelle efficace. Les recherches se poursuivent.

En Indonésie, où plus de 60 p. 100 des femmes allaitent jusqu'à dix mois, et où la pilule anticonceptionnelle vient au deuxième rang des méthodes utilisées, après les dispositifs intra-utérins, le CRDI subventionne un projet de recherche à l'université Padjadjaran à Bandung (Indonésie) où on étudie les effets de la pilule combinée de 50 mg, de celle de 30 mg ainsi que la durée de l'aménorrhée post-partum chez des femmes n'ayant recours à aucune méthode anticonceptionnelle systématique.

Grâce à ces études et les nombreuses autres qui ont cours en ce moment à travers le monde, on pourra en venir à élaborer des plans d'action efficaces afin que l'allaitement maternel soit davantage envisagé par les mères. □